Münster 1935 No 98 Med DiSS

Aus der sozial-hygienischen Abteilung des Hygienischen Instituts
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
(Direktor: Prof. Dr. K. W. Jötten)

Die Erholungs- und Heilfürsorge für Kinder und Mütter in der Provinz Westfalen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt von

Karl Kortmann
aus Münster i. W.

Aus der sozial-hygienischen Abteilung des Hygienischen Instituts
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster
(Direktor: Prof. Dr. K. W. Jötten)

Die Erholungs- und Heilfürsorge für Kinder und Mütter in der Provinz Westfalen

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster (Westf.)

vorgelegt von

Karl Kortmann
aus Münster i. W.

Dekan: Prof. Dr. P. Esch
Referent: Prof. Dr. K. W. Jötten

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Vor dem Kriege spielte die Erholungfürsorge im damaligen Sinne für das Gebiet der Gesundheitsfürsorge nur eine untergeordnete Rolle. Erst als der Krieg und seine Folgezeit eine ausgedehnte Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, vor allem in den Schichten der Minderbemittelten in den Groß- und Industriestädten brachten, wurde ein weitgehender Ausbau der Erholungsfürsorge notwendig. In der ersten Zeit ihres Entstehens war das Gebiet der Erholungsfürsorge nur unklar umrissen; im Laufe der Jahre grenzte sich die Erholungsfürsorge immer schärfer gegen ihre Nachbargebiete in der Gesundheitsfürsorge ab. Heute ist die Erholungsfürsorge nur ein Teilgebiet der gesundheitsfürsorgerischen Maßnahmen, die früher als Erholungsfürsorge zusammengefaßt wurden. Erholungsfürsorge im früheren Sinne bildet heute den Inhalt der Erholungsfürsorge und der Heilfürsorge. Die Erholungs- und Heilfürsorge ist zu trennen auf der einen Seite von der Erholungspflege, die ihre Aufgabe in der Gesunderhaltung gesunder Volksteile durch Kräftigung der Gesundheit z. B. durch Anlage von Spiel- und Sportplätzen usw. hat, auf der anderen Seite von der Krankenhausbehandlung.

Die Erholungs- und Heilfürsorge sucht folgende Teile der Bevölkerung zu erfassen:

1. diejenigen, deren Gesundheit geschwächt oder gefährdet ist,
2. diejenigen, die sich in der Rekonvaleszenz nach schweren Erkrankungen befinden,
3. diejenigen, bei denen durch vorliegende Krankheitserscheinungen eine Erholungskur erforderlich ist. Die dritte Gruppe ist Grenzgebiet zur Krankenhausbehandlung. Eine scharfe Trennung ist hier häufig nicht möglich.

In dieser Arbeit soll nun zunächst aus diesem großen Gesamtgebiet die Erholungs- und Heilfürsorge für Kinder und dann die Müttererholungsfürsorge in der Provinz Westfalen einer näheren Betrachtung unterzogen werden. *)

---

*) Auch an dieser Stelle sei dem Landesfürsorgeverband Westfalen und besonders Herrn Direktor Dr. Wolters gedankt für die freundliche Unterstützung, die sie dieser Arbeit gewährten.

Der älteste Zweig der Erholungs- und Heilfürsorge ist die Kindererholungs- und -heilfürsorge. Ihr Gebiet ist von Rott mit folgendem Satz umrissen: „Die Erholungsfürsorge in der heute gebräuchlichen Form ist eine Maßnahme zur Verhütung drohender Krankheiten oder zur Beseitigung bereits eingetretener Krankheitszustände", und in gleicher Weise Behm: „Erholungsbedürftig ist jedes Kind mit herabgesetzter körperlicher oder geistiger Leistungsfähigkeit (falls sie kein Dauerzustand ist: Krüppel, Idioten), sowie mit beginnender Leistungsminderung, die erst in geringgradigen körperlichen oder seelischen Erscheinungen feststellbar ist". Zu bemerken ist, daß Rott unter Erholungsfürsorge noch den weiteren Begriff, der Erholungs- und Heilfürsorge im heutigen Sinne umfaßt, versteht. Hinzu kommt, daß Bedürftigkeit im Sinne der Fürsorge vorliegen muß, also „dem vorliegenden Erholungsbedürfnisse die erforderliche Erholungsmaßnahme nicht durch Mittel und Möglichkeiten der eigenen Familie gewährt werden kann" (Rott).

Wie schon oben angeführt wurde, wird heute besonders in der Kindergesundheitsfürsorge zwischen Erholungsfürsorge und Heilfürsorge unterschieden. Diese Trennung wurde zuerst in Westfalen eingeführt und zwar bereits im Jahre 1924. Erst 1932 wurde nach dem westfälischen Vorbild von der „Arbeitsgemeinschaft für Jugenderholungs- und -heilfürsorge" (Jehrag) eine für das ganze Reichsgebiet geltende allgemeine Gliederung aufgestellt: Der H e i l f ü r s o r g e fallen die gesundheitlich geschädigten Kinder zu. Sie werden in Heilanstalten untergebracht, die unter fachärztlicher Leitung stehen. Die Kur- und Heilmittel finden ärztlich individuelle Anwendung. Die E r h o l u n g s f ü r s o r g e ist für gesundheitlich gefährdete Kinder bestimmt. Die Unterbringung der Kinder erfolgt in Genesungs- und Erholungsheimen, in denen die Kinder unter fortlaufender ärztlicher Beobachtung stehen. Die allgemeinen natürlichen Erholungsmittel kommen unter ärztlicher Anleitung zur Anwendung. Sowohl bei den Heilanstalten wie bei den Genesungs- und Erholungsheimen findet neben der gesundheitlichen noch eine pädagogische Betreuung der Kinder statt. In diesem Punkte unterscheidet sich die Behandlung in einer Kinderheilanstalt neben anderen Momenten ganz besonders von der Krankenhausbehandlung (Wolters).

Ursprünglich erstreckte sich die Kindergesundheitsfürsorge auf die Unterbringung von Kindern in Ferienkolonien. Im Jahre 1876

gründete Walter Bion den ersten Verein für Ferienkolonien in Zürich. In Deutschland wurde ein gleicher Verein im Jahre 1878 in Frankfurt ins Leben gerufen. Bis zum Weltkriege war die Unterbringung von Kindern in Ferienkolonien fast die einzige Maßnahme der Kindererholungs f ü r s o r g e (nach der heutigen Begriffsbestimmung richtiger Erholungs p f l e g e) (Wolters, Gastpar, Rott). Als im Kriege in den großen Städten die Nahrungsversorgung sich immer mehr verschlechterte, ging man auch in Westfalen dazu über, die Kinder in einzelnen Familien auf dem Lande unterzubringen, um auf diese Weise durch bessere Ernährung die geschwächte Gesundheit der Kinder zu kräftigen. Während und nach der Inflation kam es dann zum Ausbau aller der Erholungsmaßnahmen, die heute von dem großen Gebiet der Kindererholungs- und -heilfürsorge umfaßt werden

In der Provinz Westfalen trat die Kindergesundheitsfürsorge in ein neues Stadium, als im Jahre 1924 die Ausgleichstelle für Kinderheimfürsorge geschaffen wurde. Diese Ausgleichstelle wurde von der Hauptfürsorgestelle für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene im Anschluß an die gesundheitliche Betreuung der Kriegerwaisen eingerichtet (Jung). Fast die gesamte Verschickungsfürsorge erfolgt heute innerhalb der Provinz Westfalen unter einheitlichen Gesichtspunkten durch die Ausgleichstelle. (Daneben besteht in den einzelnen Gemeinden noch die örtliche Erholungsfürsorge, auf die hier nicht eingegangen werden soll.) Durch die Zusammenfassung in der Ausgleichstelle wurde eine weitgehende Spezialisierung der Heime möglich. Es können die Kinder in ausgedehnterem Maße als vorher den Heimen zugeteilt werden, die für den einzelnen Fall nach Klima und Heilfaktoren besonders geeignet sind (Wolters).

Für die Erholungsfürsorge (Erholungs- und Heilfürsorge) kommen nach Rott folgende Gruppen von Kindern in Betracht:

I. Kinder, bei denen eine Erholung erwünscht wäre:
   1. bei Zurückbleiben im Wachstum ohne sonstige Krankheitserscheinungen,
   2. bei Neuropathen.

II. Kinder, bei denen die mangelhafte körperliche Entwicklung oder eine vorliegende Krankheitserscheinung die Inanspruchnahme der Erholungsfürsorge unbedingt erfordert. Hierhin gehören:
   1. geschlossene Tuberkulose der Lungen, der Knochen, der Drüsen und der Haut,
   2. Rekonvaleszenz nach Infektionskrankheiten (erschöpfende Krankheiten),
   3. Mißverhältnis im Wachstum,
   4. rezidivierende Augenentzündung, Mittelohreiterung oder Katarrhe der oberen Luftwege,
   5. schwere Rachitis (Spätrachitis),
   6. Nieren- und Herzkrankheiten.

In neuester Zeit nimmt man folgende Einteilung für die Heilfürsorge vor:

a) Tuberkulöse, tuberkulös-infizierte und tuberkulös-bedrohte Kinder;
b) chronisch kranke und rekonvaleszente sowie konstitutionell-minderwertige Kinder;
c) vorwiegend durch ihre Umgebung beeinträchtigte Kinder. (Wolters)

Über diese Einteilung hinaus wird noch nach den verschiedenen Erscheinungsformen vor allem bei der Tuberkulose eine bis ins einzelne gehende Unterteilung vorgenommen, auf die hier nicht eingegangen werden soll. Diese Einteilung hat auch in Westfalen die Grundlage für die Maßnahmen der Kinderheilfürsorge gebildet.

Entsprechend den verschiedenen Gruppen von Kindern, die für eine Erholungskur in Betracht kommen, wurden in Westfalen in den Heimen folgende Unterscheidungen anfänglich getroffen (Wolters):

A. Kinderkolonien zur Aufnahme erholungsbedürftiger Kinder:
   1. Kindererholungsheime,
   2. Walderholungsstätten,
   3. Tagesheime,
   4. Ferienkolonien.

B. Kindergenesungsheime. Hier finden Kinder mit stark gefährdeter Gesundheit Aufnahme.
   1. Zur Aufnahme von tuberkulös-gefährdeten Kindern (Kindergenesungsstätten).
   2. sonstiger gesundheitlich gefährdeter Kinder (Kinder mit exsudativer Diathese, mit Katarrhen der oberen Luftwege, mit Anämie, mit Knochen- und Muskelschwäche und hierdurch bedingter fehlerhafter Haltung).

C. Kinderheilstätten zur Aufnahme kranker Kinder:
   1. Spezialkinderheilstätten (für chronisch erkrankte Kinder mit Ausnahme der tuberkulös-erkrankten Kinder),
   2. Kinderheilstätten im eig. Sinne (zur Aufnahme tuberkulös-erkrankter Kinder). Hier werden noch weiter unterschieden: Heilstätten für
      a) Knochen- und Gelenktuberkulose,
      b) Drüsentuberkulose,
      c) Lungentuberkulose.

Die neuerdings durchgeführte Einteilung in Erholungsheime, Genesungsheime und Heilanstalten (Wolters) bringt keine grundsätzlich neue Einteilung. Hiernach ist der Aufgabenkreis der einzelnen Heimtypen etwa folgendermaßen abgegrenzt:

1. Erholungsheime für Kinder, die durch ihre Umgebung beeinträchtigt sind,
2. Genesungsheime:
   a) für tuberkulös-infizierte Kinder,
   b) für rekonvaleszente und konstitutionell-minderwertige Kinder.
3. Heilanstalten:
   a) Kinderheil- oder -kuranstalten zur Aufnahme chronisch kranker Kinder (Herzleiden, Nierenerkrankungen, Rheuma und sonstige organische Störungen),
   b) Heilstätten bezw. Tuberkulose-Heilstätten für Lungen-, Drüsen-, Knochen-, Hauttuberkulose.

Da die Zahl der für Genesungsheime in Frage kommenden Kinder sehr groß ist, so war hier noch die Möglichkeit gegeben, die Heime nach Klima und anderen Heilfaktoren weiter unterzuteilen (Wolters) und zwar in Heime:

a) an der Nordsee,
b) an der Ostsee,
c) in Solbädern,
d) für Höhenluftkuren,
e) in mittlerer Lage.

Die Dauer einer Kur soll in der Kindergesundheitsfürsorge mindestens 6 Wochen (Behm, Thaden) betragen, da in der ersten Zeit der Kur, auch wenn eine Gewichtszunahme erzielt wurde, noch kein Erfolg zu verzeichnen ist. So beträgt auch in Westfalen die Kurdauer in den meisten Heimen 6 Wochen. In den Heilstätten dauert eine Kur im Durchschnitt ein halbes Jahr, da eine günstige Wirkung bei der Eigenart der vorliegenden Erkrankung erst in längerer Zeit zu erwarten ist.

Im Jahre 1931 kamen in der Provinz Westfalen durch den Landesfürsorgeverband Westfalen Abt. Ausgleichstelle 9631 Kinder zur Entsendung in Heime bzw. Heilanstalten und zwar 2100 in Heilstätten für Tuberkulose und 7531 in Kindergenesungs- und sonstige Heime.

Nun zum Kurerfolg! Die Beurteilung des Kurerfolges wird auch heute noch dadurch sehr erschwert, daß „nach wie vor eine anerkannte Methode zur Feststellung des Kurerfolges fehlt" (Weiland), obwohl in den letzten Jahren immer wieder neue Methoden zu einer objektiven Beurteilung des Erholungserfolges angegeben worden sind. Die umfangreichsten Maßnahmen zur Erfolgsbestimmung hat Cörper aufgestellt. Er verlangt, um zu einem objektiven Bild des Erholungserfolges zu kommen, folgende Methoden:

1. a) Klinische Angaben über pathophysiologische Einzelfälle (Anginen, Pneumonien, Frakturen),
   b) Angaben über meteorologische Beobachtungen.
2. Statische Methoden:

   Messen und Wiegen. Hier hält Cörper für unbedingt notwendig: Größe, Gewicht, Brustumfang bei Exspiration und Inspiration, Bauchumfang, Spirometerwert; für wünschenswert: Extremitätenumfänge; für erstrebenswert: Lichtbild vor und nach der Kur.
3. Funktionelle Methoden:
   a) Film,
   b) Prüfung von Lauf, Sprung und Wurf,
   c) Immunitätszunahme (es sollen die Art und Dauer von Erkrankungen vom 1. Oktober bis zum Beginn der Kur und von dem dem Kurschluß folgenden 1. Oktober bis 1. April festgestellt und miteinander verglichen werden),
   d) Reflexprüfungen.

Dazu gibt Cörper noch eine Reihe von Methoden zur Bestimmung der psychischen Erholung an. Diese von Cörper vorgeschlagenen Maßnahmen werden bei einer Erfolgsbestimmung an einem einzelnen Kind angewandt werden können, bei der Erfolgsbeurteilung bei Sammelstatistiken, wie sie mir zu meiner Arbeit vorlagen, wird man von den Gewichtsverschiebungen und den Größenzunahmen, die im Durchschnitt während der Kur erzielt wurden, ausgehen müssen. Manche Autoren halten auch die einfache Größen- und Gewichtsbestimmung bei der Erfolgsbeurteilung für ein einzelnes Kind für ausreichend. So sagt Stephan: „Nur die Größen- und Gewichtszunahme gibt ein zuverlässiges Maß der Erholung". In gleichem Sinne äußert sich Linden. In neuester Zeit läßt auch Langer als einzige zuverlässige Angaben über den Erfolg von Erholungskuren nur die Wägung und Messung gelten, denn bei Kindern geht die Besserung des Allgemeinzustandes mit der Größen- und Gewichtszunahme Hand in Hand und ebenso umgekehrt (Stephan, Schlesinger). Zur Ergänzung dieser Werte wird von anderen Autoren noch die Bestimmung der Spirometer- und Dynamometerwerte empfohlen (Büsing, Schlesinger), die von anderer Seite abgelehnt werden, da psychische Momente bei Kindern die Werte zu sehr verschieben sollen, und ein Vergleich der Werte von zwei verschiedenen Heimen unrichtig sein soll, da es „keine zwei übereinstimmenden Dynamometer gibt" (Langer). Diese Ausführungen lassen es berechtigt erscheinen, auch bei dieser Arbeit für die Erfolgsbestimmungen in erster Linie die Werte der Größen- und Gewichtsmessung heranzuziehen.

Stephan und Linke*) haben zur Erfolgsbestimmung nach Größe und Gewicht bei Schulkindern, die zu einer Sechs-Wochen-Kur verschickt waren, folgende Einteilung getroffen:

Zunahmen von 1 kg an Gewicht und 1 cm an Größe und darüber werden als gut, Zunahmen von 0,5 kg und 0,5 cm als befriedigend, Werte, die darunter liegen, als mangelhaft bezeichnet.

Da es sich bei dem mir vom Landesfürsorgeverband zur Verfügung gestellten Material aus dem Jahre 1931 vorwiegend um Erholungskuren von 6 Wochen Dauer handelt — einige Kuren von 4 bis 8 Wochen Dauer wurden ebenso wie die ein halbes Jahr dauernde Heilstättenbehandlung bei dieser Aufstellung nicht mitverwertet —, wurden zur Erfolgsbeurteilung die oben stehenden Werte als Grundlage benutzt. Leider ließ es die Form des Materials — es waren Sammelstatistiken — nicht zu, für Knaben nnd Mädchen gesonderte Tabellen aufzustellen. Im ganzen wurde das Kurergebnis von 6504 Klein- und Schulkindern (3163 Knaben und 3341 Mädchen), die zu sechswöchigen Erholungskuren verschickt worden waren, zur Erfolgsbeurteilung herangezogen.

Übersicht

über die Verteilung der Kinder auf die verschiedenen Heimgruppen und die Durchschnittszunahmen an Größe, Gewicht und Brustumfang in den einzelnen Heimen.

Tabelle I.

Heime	Sechswochenkuren					
	Knaben	Mädchen	Insgesamt	Durchschnittliche Zunahme an		
				Größe cm	Gewicht kg	Brustumfang cm
für tbc. inf. Kinder	582	531	1113	1,10	2,76	2,07
für herzkranke "	121	180	301	1,00	3,10	2,03
an der Nordsee . .	850	847	1697	1,08	2,58	2,50
an der Ostsee . . .	654	734	1388	1,18	2,87	2,40
in Solbädern . . .	785	863	1648	1,03	2,40	2,06
für Höhenluftkuren	157	161	318	0,68	2,60	1,80
Landheime	14	25	39	1.20	2,20	2,10
	3163	3341	6504	Durchschnittswert bei allen Heimen		
				1,04	2,64	2,14

*) Siehe Linden, „Über Erfolge von Erholungskuren" Ztschr. f. Schulgesundheitspflege u. soz. Hyg. 1928, Jahrg. 41, Nr. 6, S. 145.

Die durchschnittliche Zunahme an Größe betrug 1,04 cm, an Gewicht 2,64 kg und an Brustumfang 2,14 cm (ob in Inspirations- oder Exspirationsstellung gemessen, war nicht angegeben). Aus Tabelle I ist neben der zahlenmäßigen Verteilung der Kinder auf die einzelnen Heimgruppen die durchschnittliche Zunahme der Kinder an Länge, Gewicht und Brustumfang ersichtlich. Es zeigt sich, daß die Zunahme des Längenwachstums in allen Heimgruppen etwa die gleiche Höhe beträgt, wenn man von den Heimen für Höhenluftkuren absieht; bei dieser Gruppe war ein Heim, das bei 3 verschiedenen Kuren von etwa je 30 Kindern nur eine Zunahme der Größe von je 0,3 cm erzielte, obwohl die Gewichtszunahme mit 3,0 kg über dem Durchschnitt liegt. Ein Grund für dieses abweichende Verhalten war aus dem Material nicht zu entnehmen. Auch die Gewichtszunahmen zeigen bei allen Heimen ein fast gleichs Ansteigen. Die höchste Gewichtszunahme wurde mit 3,10 kg in den Heimen für Herzkranke usw. erzielt, bei denen mit 1,0 cm der niedrigste Wert der Längenzunahme festgestellt wurde (von den Höhenluftkuren aus den oben angeführten Gründen abgesehen). Bei den Landheimen ergibt sich der niedrigste Wert der Gewichtszunahme mit 2,20 kg, andererseits zeigt sich hier die höchste Längenzunahme mit 1,20 cm. Der günstigste Einfluß auf den Brustumfang stellt sich bei den Heimen an der Nord- und Ostsee heraus, wo auch mit 1,08 und 1,18 cm bezw. 2,58 und 2,87 kg sehr gute Ergebnisse in der Größen- und Gewichtszunahme gezeitigt wurden. Ein wesentlicher Unterschied zwischen den Erfolgen der Nordseeheime und der Ostseeheime besteht nicht, wie ja auch Brüning und Müller in ihren Arbeiten feststellen.

Die von Schlesinger gemachte Beobachtung, daß während verschiedener Jahreszeiten die Gewichtszunahme verschieden sein soll, so im Winter bis April mittelstarke, im Frühjahr geringe Zunahme, im Juni und Hochsommer bei einem Drittel bemerkenswerte Gewichtsabnahme (durch verstärkte Wasserabgabe) und im Herbst (von August an) lebhafteste Zunahme, konnte nicht festgestellt werden. Schlesinger führt einen Fall an, wo in einem Landheim die Durchschnittszunahme im Oktober 8—10 mal so groß war wie bei einer Juligruppe (bei gleicher Ernährung und Zusammensetzung).

In der Längenzunahme (siehe Tabelle II) zeigen sich im Laufe des Jahres keine übermäßigen Schwankungen,

Zunahme
an Größe zu verschiedenen Jahreszeiten bei verschiedenen Heimen.

Tabelle II.

	Monate								
	April bis Mai cm	Mai bis Juni cm	Juni bis Juli cm	Aug. bis Sept. cm	Sept bis Okt. cm	Okt. bis Nov. cm	Nov. bis Dez. cm	Jan. bis Febr. cm	Febr. bis März cm
Tbc. infiz. Kinder .	1,0	1,0	1,0	0,9	1,3	1,0	1,1	1,2	0,8
Herzkranke „ .	—	0,5	0,8	1,0	1,0	—	2,0	1,0	—
Nordsee	0,7	0,8	1,2	1,6	0,9	—	1,1	—	1,5
Ostsee	—	0,9	1,0	0,7	0,6	0,7	1,7	—	0,5
Solbäder	1,0	1,0	1,2	1,0	0,8	0,4	1,1	0,7	0,8
Höhenluftkuren . .	—	—	1,0	—	—	—	—	—	—
Landheime	—	1,6	1,0	—	—	—	—	—	—
Durchschnittliche Zunahme	0,9	0,9	1,0	1,0	0,9	0,7	1,4	1,0	0,9

die mit der Jahreszeit in Zusammenhang zu bringen wären.

Zunahme
an Gewicht zu verschiedenen Jahreszeiten bei verschiedenen Heimen.

Tabelle III.

	Monate								
	April bis Mai kg	Mai bis Juni kg	Juni bis Juli kg	Aug. bis Sept. kg	Sept. bis Okt. kg	Okt. bis Nov. kg	Nov. bis Dez. kg	Jan. bis Febr. kg	Febr. bis März kg
Tbc. infiz. Kinder .	2,0	2,6	2,1	2,7	2,2	2,0	2,0	3,6	2,3
Herzkranke „ .	—	2,0	2,9	4,4	3,3	—	2,6	2,0	—
Nordsee	1,9	2,2	2,7	2,6	2,9	—	2,3	—	2,5
Ostsee	—	2,8	2,7	3,0	3,1	2,7	3,2	—	3,0
Solbäder	2,2	2,0	2,3	2,6	2,9	2,2	1,8	1,7	2,0
Höhenluftkuren . .	—	—	1,6	—	—	—	—	—	—
Landheime	—	2,6	2,0	—	—	—	—	—	—
Durchschnittliche Zunahme	2,0	2,4	2,3	3,1	2,9	2,3	2,4	2,4	2,2

Bei der Betrachtung der Tabelle III zeigt sich, daß wohl eine Schwankung der Gewichtszunahme im Laufe des Jahres festzustellen ist, aber die geringste Gewichtszunahme fällt ins Frühjahr. Vom Frühjahr an steigt die durchschnittliche Gewichtszunahme von Monat zu Monat an — auch im Juli —, um im Herbst die Höchstwerte zu erreichen. Vom Herbst an sinkt die Gewichtszunahme. Auch ist der Unterschied der Zunahme zu verschiedenen Jahreszeiten nur gering, im Durchschnitt 2,0 kg im Frühjahr und 3,1 kg im Herbst. Da im Material keine Angaben über das Alter der Kinder enthalten waren, wurden die Werte in Tabelle II und III gewonnen, nachdem diejenigen Kuren gestrichen waren, in denen das Durchschnittsgewicht über 32 kg und die Durchschnittslänge über 140 cm (beides zu Beginn der Kur gemessen) betrug, also der größere Teil der an der Kur teilnehmenden Kinder schon in die Pubertät eingetreten war, in der die Zunahme sowohl der Länge als des Gewichts viel höher sind als vorher (Stephan, Schlesinger).

Die höchste Durchschnittsgewichtszunahme während einer Kur betrug 6,3 kg. Es war eine Herbstkur in einem Heim für Kinder mit Herzkrankheiten usw. Die niedrigste Gewichtszunahme war 0,5 kg. Die größte durchschnittliche Längenzunahme bestand in 3,0 cm. Zum Vergleich seien die Zahlen angeführt, die Büsing für eine Sechs-Wochen-Kur von 49 Kieler Schulkindern mitteilt. Hier beträgt der Gewichtsdurchschnitt 2,1 kg, in Westfalen 2,6 kg, die durchschnittliche Längenzunahme 1,0 cm, in Westfalen ebenfalls 1,0 cm. Es zeigt sich eine weitgehende Übereinstimmung dieser Zahlen. Den Erfolg der Kieler Kur Kur bezeichnet Büsing mit sehr gut.

Nach dem oben erwähnten Maßstab von Stephan und Linke zur Feststellung des Kurergebnisses war die Durchschnittslängenzunahme bei 13 Kuren unter 0,5 cm, also mangelhaft, bei 46 Kuren 0,5—1 cm, also befriedigend und bei 89 Kuren 1 cm und darüber, also gut. Die Durchschnittsgewichtszunahme war nur bei einer Kur 0,5 kg, also befriedigend, während bei allen anderen 147 Kuren eine Durchschnittsgewichtszunahme von über 1 kg erzielt wurde. Der Erfolg der Kuren war also in den meisten Fällen sehr gut.

Ähnliche Ergebnisse wie bei den 6-Wochen-Kuren ergaben sich bei den Kuren von 8 Wochen Dauer in einer Heilanstalt für geschlossene Lungentuberkulose.

Verhalten
der Zunahmen an Größe, Gewicht und Brustumfang zu verschiedenen Jahreszeiten in einem Heim für Kinder mit geschlossener Lungentuberkulose.

Tabelle IV.

Kurzeit	Anzahl			Zunahme an		
	Knaben	Mädchen	insgesamt	Größe cm	Gewicht kg	Brustumfang cm
April bis Mai . .	3	9	12	0,8	2,9	2,2
Juni bis Juli . .	3	6	9	0,4	2,9	2,0
Aug. bis Sept. . .	9	5	14	1,3	3,4	1,9
Okt. bis Nov. . .	4	3	7	1,0	2,3	1,7
Nov. bis Dez. . .	3	4	7	0,9	2,1	0,6
	22	27	49	Durchschnitt aus allen Kuren		
				0,8	2,7	1,7

49 Kinder, 22 Knaben und 27 Mädchen, waren in der Zeit von April bis Dezember in dem Heim untergebracht. Die Erfolge dieser Kuren waren in bezug auf Gewicht- und Größenzunahme, Einwirkung der Jahreszeit die gleichen wie bei den Sechswochenkuren. Nur die Zunahme des Brustumfangs bleibt vor allem in den Wintermonaten hinter den Werten der anderen Kuren zurück.

Bei den Tuberkulose-Heilstätten mit 1/2 jähriger Kurdauer sind die Ergebnisse wesentlich anders. In 4 verschiedenen Heilstätten waren 293 Kinder untergebracht. Die Durchschnittszunahme an Länge betrug 1,1 cm, an Gewicht 3,0 kg. Eine im Winter durchgeführte Kur von Oktober bis März zeigte dieselben Ergebnisse wie die Sommerkuren. Die Tatsache, daß die Gewichts- und Größenzunahme im Vergleich zu den übrigen Kuren gering ist, wird durch die bestehende Erkrankung erklärt.

Für den erfolgreichen Ausfall einer Erholungskur ist es von großer Bedeutung, daß keine Infektionskrankheiten auftreten. Unter den in den Heimen aufgetretenen Infektionskrankheiten wurden 52 Fälle Diphtherie, 7 Scharlach, 17 Masern, 9 Mumps, 385 Anginen und 80 Augenentzündungen, Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung usw. gezählt. 1 Fall von Diphtherie endete tödlich. Mit Ausnahme der Anginen traten sämtliche Erkrankungen nur vereinzelt im Verlauf einer Kur auf;

niemals kam eine Häufung von Krankheitsfällen vor. Erkrankten während eines Kuraufenthaltes Kinder an Angina, so wurde nur in wenigen Fällen ein größerer Teil der Kinder ergriffen. Einmal wurden von 15 Kurteilnehmern 10 von Angina befallen. In vereinzelten Fällen war bei Kuren mit kleiner Teilnehmerzahl ein Viertel bis ein Drittel der Kinder erkrankt. Bei den stark belegten Kuren beschränkten sich die Erkrankungen immer nur auf einen geringen Prozentsatz. Gemäß „den Richtlinien des Landesfürsorgeverbandes von Westfalen zur Verhütung der Einschleppung übertragbarer Krankheiten in Kinderheime" vom 12. Juni 1930 wird eine Untersuchung direkt vor der Abreise zur Kur und nach der Ankunft im Heim baldmöglichst durchgeführt. Ein stärkeres Auftreten von Angina in einzelnen Heimgruppen, etwa bei dem rauheren Klima der Seeheime, wurde nicht festgestellt. Genaue Überwachung und Untersuchung haben zu dem Erfolg geführt, daß das Auftreten und die Verbreitung der Infektionskrankheiten stark zurückgedrängt werden konnten.

Die in der Kindererholungs- und -heilfürsorge erzielten Erfolge sind ein Beweis für die wertvolle Arbeit, die von diesen Zweigen der Gesundheitsfürsorge in der Provinz Westfalen geleistet worden ist.

Vor wenigen Jahren noch kannte man nur eine Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche. Erst später setzte sich die Erkenntnis durch, daß für die Gesunderhaltung des Volkskörpers eine planmäßige Müttererholungsfürsorge von großer Wichtigkeit ist. In den letzten Jahren haben dann vielfach Bemühungen zu einer planvollen Entwicklung der Müttererholungsfürsorge geführt. Wohl wurden schon früher in verschiedenen Gemeinden für einzelne Mütter Erholungskuren eingerichtet. Aber die andauernde Notlage weiter Volksschichten im letzten Jahrzehnt machte es unbedingt erforderlich, ein weiteres Absinken des Gesundheitszustandes der Mütter, insbesondere der Mütter kinderreicher Familien, zu verhüten. Auch bei der Müttererholungsfürsorge entwickelten sich ähnlich wie vorher bei der Kindererholungsfürsorge zwei verschiedene Arten:

1. die offene, d. h. örtliche Müttererholungsfürsorge,
2. die geschlossene Müttererholungsfürsorge.

Dieser Entwicklung die Wege gewiesen zu haben, ist in erster Linie auch ein Verdienst des „Landesfürsorgever-

bandes der Provinz Westfalen". In der Provinz Westfalen wurden zum ersten Male im Jahre 1928 von der Abteilung für allgemeine Gesundheitsfürsorge größere Maßnahmen im Sinne einer planmäßigen Müttererholungsfürsorge ergriffen. Auch hier wurde wie bei der Kindererholungs- und -heilfürsorge eine zentrale Ausgleichstelle als Vermittlungsstelle zwischen Heimen und Entsendestellen geschaffen, nachdem im Jahre 1927 der Landeswohlfahrtsausschuß beschlossen hatte, für die Müttererholungsfürsorge eine Anzahl Betten zur Verfügung zu stellen. In der ersten Zeit wurden die erholungsbedürftigen Mütter in ländlichen Krankenhäusern untergebracht. Mit dem ständigen Anwachsen der zur Erholung entsandten Mütter wurden im Laufe der letzten Jahre eigens zu diesem Zweck Heime eingerichtet. Eine gleichzeitige gemeinsame Erholungskur von Mutter und Kind hat sich nicht bewährt und wird in Westfalen nicht durchgeführt.

Als günstigste Zeit für eine Erholungskur wird das Alter von 25 bis 40 Jahren angesehen, weil in diesem Alter die Kinder meistens noch klein sind und von den Müttern große Arbeitsleistung verlangen, und weil die Frauen noch im gebärfähigen Alter stehen und deshalb eine besondere Kräftigung häufig erforderlich ist. Weiter sind bei der Auswahl zur Entsendung die Frauen zu berücksichtigen, die an Krankheitsanfälligkeit und Entkräftung leiden.

Die Auswahl der Mütter zur Entsendung wird in Westfalen im allgemeinen nach folgenden Gesichtspunkten getroffen. Zur Entsendung kommen:

1. Mütter, aus Familien mit mindestens 4 unterhaltsberechtigten Kindern unter 18 Jahren.

2. Mütter mit großer Geburtenfolge, wenn die Kinder zwar zum größten Teil erwachsen, zu einer wesentlichen Unterstützung der Familie aber nicht in der Lage sind.

Außer diesen kinderreichen Müttern kommen noch folgende Frauen für die Müttererholungsfürsorge in Frage: „Bedürftige Mütter nach überstandenen Krankheiten oder vor und nach Entbindungen, Mütter, die nach schweren Erlebnissen geistiger und körperlicher Erholung und Ruhe bedürfen, Mütter, die ständig im schweren Erwerbsleben stehen, so z. B. auch die Kleinbäuerinnen, sowie Mütter aus schlechten Wohnungen und schwierigen häuslichen Verhältnissen".

Die Dauer einer Kur in der Müttererholungsfürsorge beträgt im allgemeinen 28 Tage, wenn ein Fall es erfordert, kann eine Verlängerung von 14 Tagen gewährt werden.

In der Provinz Westfalen bewegt sich die Zahl der zur Erholung entsandten Mütter seit dem Jahre 1928 in aufsteigender Linie. Im Jahre 1928 wurden 640 Mütter in Erholungsheimen untergebracht, 797 im Jahre 1929, 969 im Jahre 1930 und 1241 im Jahre 1931.

Aus dem Jahre 1931 standen mir als Material die Sammelkurüberwachungsscheine und ärztlichen Zeugnisse von etwa 1000 (die Zahl schwankt, da für die sich ergebenden Fragestellungen nicht alle Fragebogen gleich gut beantwortet sind) zur Erholung verschickten Müttern zur Verfügung.

Für die Bearbeitung des Materials ergaben sich zwei Gesichtspunkte:

1. Aus welchen Gründen war eine Kurentsendung erforderlich?

a) Sozialen Gründen,

b) medizinischen Gründen.

2. Wie war der Kurerfolg?

Bei der Beurteilung der sozialen Gründe, die zur Entsendung geführt haben, spielen die Einkommensverhältnisse eine sehr große Rolle. Da in den Fragebogen keine Angaben über die zahlenmäßige Höhe des Einkommens der Ehemänner der entsandten Frauen vorhanden waren, wurde versucht, von allgemeinen Angaben Rückschlüsse auf die Einkommensverhältnisse zu ziehen. Zu diesem Zweck wurden die Frauen in zwei Gruppen geteilt, erstens diejenigen, deren Familien kein oder nur ein geringes Einkommen und zweitens, diejenigen, deren Ehemänner volles Einkommen hatten. Zur ersten Gruppe wurden die Frauen gerechnet, deren Ehemänner entweder arbeitslos, invalide oder verstorben waren. Eine vielleicht zweckmäßig erscheinende Einteilung nach Berufsständen — etwa Arbeiter, Handwerker, Beamte — war nicht angezeigt, da sie nicht genügend Einblick in die Verhältnisse gewährten, z. B. kann „Schlosser" sowohl einen Arbeiter wie einen selbständigen Handwerker bezeichnen, die unter Umständen Einkommen von ganz verschiedener Höhe haben können. Da sich bei den Arbeitslosen die Unterstützungshöhe nach der Dauer der Arbeitslosigkeit richtet und bei längerer Dauer

der Arbeitslosigkeit etwaige Rücklagen verbraucht worden sind, wurde hier noch einmal untergeteilt in 3 Abteilungen:

1. bis zu einem halben Jahr arbeitslos,
2. „ „ „ Jahr arbeitslos,
3. länger als 1 Jahr arbeitslos.

Es ergab sich, daß bei 950 Frauen

von 314 Frauen = 33,05 % die Ehemänner arbeitslos,
„ 112 „ = 11,79 % „ „ invalide,
„ 83 „ = 8,74 % „ „ verstorben

waren. Es kamen also von 950 Frauen 509 Frauen oder 53,58 % aus Familien mit keinem oder geringem Einkommen, die übrigen 441 Frauen oder 46,42 % entstammten Familien mit vollem Einkommen. Bei der Zusammenstellung der Dauer der Arbeitslosigkeit zeigte sich, daß mehr als die Hälfte der Ehemänner schon länger als 1 Jahr arbeitslos war. Im einzelnen waren von den arbeitslosen Ehemännern

59 = 23,79 % bis zu einem $^1/_2$ Jahr arbeitslos,
62 = 25,00 % bis zu 1 Jahr arbeitslos,
127 = 51,21 % länger als 1 Jahr arbeitslos.

Bei der Beurteilung der wirtschaftlichen Verhältnisse würde es von wesentlichem Werte sein, festzustellen, ob von der Mutter durch Beschäftigung außerhalb des Haushalts oder ob von den Kindern zum Unterhalt der Familie beigetragen oder der gesamte Lebensunterhalt bestritten wird. Angaben hierüber waren in den Fragebogen nur in vereinzelten Fällen vorhanden und zur statistischen Bearbeitung nicht zu verwerten.

Weiterhin kommt der zum Haushalt gehörenden Zahl von Kindern für die sozialen Verhältnisse eine bedeutende Rolle zu. Hierbei zeigt es sich, daß von den zur Erholung entsandten Müttern etwa $^3/_4$ einen Haushalt mit 4 und mehr Kindern zu betreuen hatten. Dies war bei allen Einkommensgruppen mit geringen Schwankungen der Fall, wie aus umseitiger Tabelle V ersichtlich ist. Nur bei Gruppe III (Mütter, deren Ehemänner verstorben sind) ergab sich ein Abweichen in dem Sinne, daß weniger als die Hälfte der Mütter über 3 Kinder zu versorgen hatte. Der Grund ist darin zu suchen, daß wegen der durch den Tod des Ehemanns hervorgerufenen besonders schlechten häuslichen Verhältnisse in 50 % der Fälle ein Teil der Kinder außerhalb des Hauses untergebracht ist.

Kinderzahl und Einkommensverhältnisse. Tabelle V.

Zahl der Kinder im Hause	I. Volles Einkommen: Ehemann erwerbstätig		II. Geringes Einkommen: a Ehemann arbeitslos seit ½ Jahr		b Ehemann arbeitslos seit 1 Jahr		c Ehemann arbeitslos seit länger		d Ehemann invalide		Anzahl der Mütter		III. Kein Einkommen: Ehemann verstorben	
0	10		3		1		3		9		16		14	
1—3	38	23,3 %	5	22,0 %	9	30,6 %	17	29,9 %	13	26,8 %	44	27,8 %	20	56,9 %
3	55		5		9		18		8		40		13	
4	93		12		13		39		22		86		17	
5	84		15		14		21		22		72		10	
6	60		6		5		13		14		38		5	
7	51	76,7 %	5	78,0 %	7	69,4 %	6	70,1 %	14	73,2 %	32	72,2 %	—	43,1 %
8	29		4		3		6		5		18		2	
9	11		1		1		2		3		7		1	
10	9		3		—		2		2		7		1	
über 10	1		—		—		—		—		—		—	
	441		59		62		127		112		360		83	

Vergleicht man die Anzahl der Mütter, die aus Familien mit vollem Einkommen stammen, mit der, die aus Familien mit keinem oder geringem Einkommen stammen (46,42 % zu 53,58 %) und die Zahl der Beschäftigten mit der Zahl der Arbeitslosen im Jahre 1931 in der Provinz Westfalen, so ergibt sich, daß in Familien mit beschränktem Einkommen in einem viel höheren Prozentsatz Mütter zu finden sind, die zu einer Erholungskur verschickt wurden. Vergleicht man ferner die Werte für die Anzahl der Kinder im Haushalt bei Gruppe I und II a mit den entsprechenden Werten bei Gruppe II b, c und III, so wird die Erwartung bestätigt, daß bei Gruppe I und II a — bei höherem Einkommen — mehr Mütter mit höheren Kinderzahlen zur Entsendung kommen als bei Gruppe II b, c und III, bei denen das Einkommen und damit die Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse usw. schlechter sind und deshalb schon bei geringerer Kinderzahl die Notwendigkeit zu einer Erholungskur gegeben ist; besonders wenn man beachtet, daß in Gruppe I und II a mehr Mütter mit 6, 7, 8 und 9 Kindern vertreten sind als in den andern Gruppen. Gruppe II d nimmt eine Mittelstellung ein. Zusammenfassend läßt sich sagen: Bei vollem Einkommen entstammen etwa 75 % der entsandten Mütter Familien mit 4 und mehr Kindern; bei länger dauernder Arbeitslosigkeit oder beim Tod des Vaters ändert sich das Bild zugunsten der Familien mit weniger als 4 Kindern, da die hierdurch bedingten schlechten sozialen Verhältnisse es mit sich bringen, daß einerseits ein Teil der Kinder schon frühzeitig außerhalb des Haushaltes untergebracht wird und andererseits auch schon für die Mutter in kleineren Haushaltungen eine Erholungskur erforderlich wird. Man kann also annehmen, daß in den Gruppen I und II a besonders bei höherer Kinderzahl und in den Gruppen II b, c und III überhaupt die sozialen Gründe bei der Entsendung neben den medizinischen von ausschlaggebender Bedeutung gewesen sind.

Bei den medizinischen Gründen steht die Anzahl der Schwangerschaften, die die Frauen überstanden haben, im Vordergrund. 93 Prozent der Mütter hatten 4 und mehr Schwangerschaften (einschließlich Fehlgeburten) durchgemacht. (Bei den restlichen 66 Frauen = 7 % lag in 27 Fällen eine Erkrankung oder Rekonvaleszenz vor.) Von diesen 93 % haben 53,5 % sieben und mehr, und noch etwa 25 % zehn und mehr Schwangerschaften (in ver-

schiedenen Fällen bis 22) überstanden. Von den Müttern im Alter von 27 bis 30 Jahren hatte über die Hälfte 5 bis 8 Schwangerschaften durchgemacht. Die genaueren Zahlen über die Verteilung der Schwangerschaftszahlen auf die einzelnen Altersstufen gibt Tabelle VI wieder.

Anzahl
der in den verschiedenen Lebensaltern durchgemachten Schwangerschaften.

Tabelle VI.

Alter	Zahl der Schwangerschaften	Prozent
27—30 Jahre	5—8	55
31—34 „	5 und mehr	70
35—38 „	6—11 und mehr	60
39—44 „	7—11 „ „	60
45 u. mehr „	8—11 „ „	60

Über die Anzahl der Schwangerschaften hinaus kommen bei den medizinischen Gründen, die eine Entsendung veranlaßt haben, die schon in der Einleitung genannten drei Typen in Betracht.

I. Mütter, deren Gesundheit gefährdet oder geschwächt ist. Unter 1025 im Jahre 1931 entsandten Müttern gehörten 529 = 51,6 % dieser Abteilung an. Ihre Entsendung war erfolgt:

bei 335 wegen allgemeiner Körperschwäche,
bei 123 wegen Körperschwäche, Blutarmut und Nervenschwäche,
bei 71 wegen Nervenschwäche.

Für diese Gesundheitsgefährdung bezw. -schwächung sind als Ursachen z. T. die oben genannten schlechten sozialen Zustände, ganz besonders aber zahlreiche Schwangerschaften und schnelle Schwangerschaftsfolge verantwortlich zu machen. Bei den Fällen, wo als Entsendungsgrund „Allgemeine Körperschwäche" angegeben war, waren nur 35 mit weniger als 4 Schwangerschaften, und bei diesen 35 lagen bei 22 noch besonders angegebene Gründe wie Arbeitslosigkeit (länger als $1/2$ Jahr), Invalidität oder Tod des Ehemanns vor.

II. Mütter, die sich in der Rekonvaleszenz nach schweren Erkrankungen befinden. Hierhin sind solche gerechnet, die

im Verlauf des letzten Jahres vor der Auswahl zur Kurentsendung eine größere Operation oder schwere Erkrankungen (Pneumonie, Pleuritis, Grippe, Nierenleiden) überstanden hatten. Dies war in 79 Fällen = 7,7 % für die Erholungskur ausschlaggebend. Körperschwäche als Folge von schweren Geburten, Fehlgeburten oder geburtshilflichen Operationen wurde 48 mal = 4,7 % als Grund zur Entsendung angegeben. Diese 4,7 % sind zu den oben stehenden 7,7 % hinzuzurechnen, sodaß im ganzen 127 = 12,4 % der Mütter als Rekonvaleszenten zu betrachten sind.

III. Der Rest mit 369 Frauen umfaßt die, bei denen wegen einer vorliegenden Erkrankung eine Erholungskur angezeigt war. Als vorliegende Erkrankung war angegeben in

255:
- 130 Fällen Herzbeschwerden,
- 56 Fällen rheumatische Erkrankungen,
- 11 Fällen Rheumatismus mit Herzbeschwerden,
- 42 Fällen Lungenleiden, vorwiegend Asthma und Bronchial-Katarrhe,
- 16 Fällen inaktive Lungentuberkulose,

114:
- 40 Fällen Magen-, Darm- und Gallenleiden,
- 12 Fällen Unterleibsleiden,
- 35 Fällen klimakterische Beschwerden,
- 11 Fällen Nierenleiden,
- 10 Fällen Arterienverkalkung und
- je 3 Fällen Diabetes und Basedow.

Unter diesen sind am stärksten (255 = etwa $^2/_3$) die Leiden vertreten, bei denen durch eine Verschickungskur durch klimatische Reize und spezielle Heilbehandlung (Solbäder) eine Besserung des Leidens zu erhoffen war. Für das verbleibende Drittel bestand wohl der Wert der Kur mehr in Ruhe und besserer Verpflegung (Diät), Faktoren, die den Frauen — der Herkunft entsprechend — zu Hause nicht in genügendem Maße geboten werden können.

Bei den medizinischen Gründen stehen also an erster Stelle die Schädigungen, die die Mütter durch große Geburtenzahlen oder schwere Geburten erlitten haben. Dann kommen diejenigen, bei denen wegen vorliegender oder überstandener Erkrankungen eine Erholungskur förderlich zu sein schien. Es verbleibt ein kleiner Rest, bei dem keiner der vorstehenden Gründe maßgebend war, sondern offenbar nur durch schlechte soziale Verhältnisse eine so große Schwächung der Gesundheit hervorgerufen war, daß eine Erholungskur erforderlich war.

Hier sei noch auf die zahlenmäßige Beteiligung von Landgemeinden, kleinen, mittleren und großen Städten an den Entsendungen eingegangen. Aus Orten mit

unter 5000	Einwohnern	kamen	236	Mütter	= 22,06 %
5— 10 000	„	„	92	„	= 8,60 %
10— 20 000	„	„	121	„	= 11,31 %
20— 50 000	„	„	144	„	= 13,45 %
50—100 000	„	„	209	„	= 19,54 %
100—500 000	„	„	143	„	= 13,36 %
über 500 000	„	„	125	„	= 11,68 %

Aus dieser Aufstellung geht hervor, daß etwa 60 % der Mütter aus Orten mit über 20 000 Einwohnern stammten.

Zum Schluß dieses Abschnittes soll noch in einer Tabelle (Tabelle VII) die Beteiligung der verschiedenen Lebensalter an den Erholungskuren angefügt werden.

Beteiligung der verschiedenen Lebensalter.

Tabelle VII.

Im	Alter	von	unter 25	Jahren	standen	0,29 %
„	„	„	25—30	„	„	3,38 %
„	„	„	30—35	„	„	15,16 %
„	„	„	35—40	„	„	24,20 %
„	„	„	40—45	„	„	25,31 %
„	„	„	45—50	„	„	14,98 %
„	„	„	50—55	„	„	8,88 %
„	„	„	55—60	„	„	3,69 %
„	„	„	60—65	„	„	1,85 %
„	„	„	über 65	„	„	1,26 %.

Etwa 50 % der Frauen stehen im Alter von 35—45 Jahren. Ein Alter von 30—35 und 45—50 Jahren haben etwa je 15 %; im ganzen sind also rund 70 % der Mütter 25—45 Jahre alt, stehen somit noch im gebärfähigen Alter.

War bisher von den verschiedenen Indikationen, die eine Erholungskur angezeigt sein ließen, die Rede, so soll jetzt der Erholungserfolg besprochen werden. Als objektiver Wertmesser des Erfolges eines Erholungsaufenthaltes kommt die Gewichtszunahme bezw. -abnahme während der Kur in Frage. Bei der Beurteilung wurde zwischen Landheimen ohne besondere Heilfaktoren und Landheimen mit besonderen Heilfaktoren (Solbäder) und Seeheimen unterschieden.

Da die Landheime durchweg in mittleren Höhenlagen sich befinden, ist das Klima als schonendes Mittelgebirgsklima zu betrachten. Die Seeheime haben mit ihrer rauheren Witterung und der Einwirkung der Seebäder ein abhärtendes Klima, ähnlich dem des Hochgebirges. Zwischen

beiden, den Landheimen ohne besondere Heilfaktoren und den Seeheimen stehen in ihrer Einwirkung auf den Erholungssuchenden die Solbäder. Für das Ergebnis werden die verschiedenen oben genannten Faktoren von großer Bedeutung sein, vor allem soweit, wie das Ergebnis an der Gewichtszunahme bezw. -abnahme gemessen wird. Und so zeigt sich auch bei diesem Material, daß in den Landheimen ohne besondere Heilfaktoren die durschnittliche Gewichtszunahme mit 3,02 kg am größten war.

Dann folgen die Solbäder mit einer Durchschnittsgewichtszunahme von 2,65 kg (dieser Wert ist aber unsicher, da er als Mittelwert von nur 2 Solbädern gewonnen wurde, deren Mittelwerte mit 1,63 und 3,67 kg so weit auseinander liegen, daß sie einen zuverlässigen Schluß nicht zulassen). Am geringsten war die Durchschnittszunahme bei den Seeheimen mit 2,13 kg.

Bei den Landheimen ohne besondere Heilfaktoren und bei den Solbädern bestehen also keine weitgehenden Unterschiede, sodaß sie bei der weiteren Untersuchung über die Gewichtsverschiebung zusammengefaßt werden können.

Des weiteren konnte eine Abhängigkeit zwischen Gewichtszunahme und Witterung nicht in dem Maße festgestellt werden, wie es z. B. für die Kindererholungsfürsorge von verschiedenen Autoren (Schlesinger, Isbert) geschehen ist. Es ergab sich, daß auch während der heißen Sommermonate, in denen die Eßlust häufig darniederliegt, und die Wasserabgabe des Körpers erhöht ist, die Gewichtszunahme zum großen Teil höher war als in den kühleren Frühlings-, Herbst- und Wintermonaten. Leider waren über die Witterungsverhältnisse die Angaben in den Fragebogen nicht so geartet, daß sich aus ihnen in genügend klarer Weise das Verhalten der Witterung während einer Kur ergeben hätte, um daraus Schlüsse für den Kurerfolg ziehen zu können. Ferner muß man sich bei der Betrachtung der Gewichtsabnahmen bezw. -zunahmen (siehe Tabelle VIII) vor Augen halten, daß ja der Kurerfolg bei Erwachsenen (anders bei Kindern) durchaus nicht mit der Erhöhung des Gewichts parallel geht, sondern daß unter Umständen bei gleichbleibendem Gewicht oder sogar bei Abnahme während der Kur (z. B. bei Fettleibigkeit) der Erfolg gut sein kann. Ebenso kann eine Gewichtszunahme von einem schlechten Gesamterfolg begleitet sein.

Gewichtszunahme und -abnahme in Land- und Seeheimen.

Tabelle VIII.

kg	Landheime		Seeheime	
	Zunahme			
0	17	3,4 %	15	4,8 %
bis 2	160	32,1 %	109	35,2 %
„ 4	204	41,1 %	134	43,2 %
„ 6	86	17,3 %	34	11,0 %
„ 8	9	1,8 %	1	0,3 %
„ 10	2	0,4 %	—	—
	478	96,1 %	293	94,5 %
	Abnahme			
bis 1	14	2,9 %	10	3,2 %
„ 2	2	0,4 %	3	1,0 %
über 2	3	0,6 %	4	1,3 %
	19	3,9 %	17	5,5 %
	497	100,0 %	310	100,0 %

Das beste Bild über den Erfolg wird sich aus dem Urteil des Heimarztes bei der Untersuchung am Ende der Kur ergeben. Das Ergebnis der Untersuchung wird in Ziffern zusammengefaßt. Auf dem Fragebogen werden fünf Prädikate unterschieden: 1 = sehr gut; 2 = gut; 3 = genügend; 4 = schlecht und 5 = sehr schlecht. Für den Kurerfolg ergab sich dann:

	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Sehr schlecht
Landheime	75	398	73	15	2
Seeheime	112	288	40	7	1

Die Bezeichnung des Kurerfolges mit Sehr gut oder Gut, Schlecht oder Sehr schlecht hängt stark von dem Ermessen der verschiedenen untersuchenden Ärzte ab, deshalb wurde von uns das Urteil in nur drei Gruppen geteilt: 1. Gut (umfaßt sehr gut und gut), 2. Befriedigend (genügend), 3. Unbefriedigend (schlecht und sehr schlecht). Dann besteht fast völlige Übereinstimmung der Kurerfolge bei den Land- und Seeheimen.

Tabelle IX. **Kurergebnis.**

	Gut		Befriedigend		Unbefriedigend	
Landheime . . .	473	84,0 %	73	13,0 %	17	3,0 %
Seeheime . . .	400	89,3 %	40	8,9 %	8	1,8 %

Der auf Grund ärztlicher Untersuchungen festgestellte Kurerfolg ist also besser als der, der sich aus den Gewichtszunahmen ergeben würde. Die Verschiebungen des Gewichts sind also kein unbedingter Maßstab für den Kurerfolg.

In der jetzigen Notzeit sind die Mittel der Erholungs- und Heilfürsorge sehr beschränkt. Durch Aufstellung von Notprogrammen sucht man die wichtigsten Maßnahmen aufrecht zu erhalten, um die Volksgesundheit vor ernsteren Schäden zu bewahren. So ist bedauerlicherweise auch in Westfalen der erfolgreichen Arbeit und der weiteren Entwicklung der Erholungs- und Heilfürsorge eine Grenze gesetzt.

Zusammenfassung.

Die Ergebnisse in der Erholungs- und Heilfürsorge für Kinder und Mütter in der Provinz Westfalen lassen sich für das Jahr 1931 folgendermaßen zusammenfassen:

Bei den Kuren von 6 Wochen Dauer für Kinder betragen die Durchschnittswerte bei allen Heimgruppen für die Zunahme an Größe 1,04 cm, an Gewicht 2,64 kg und an Brustumfang 2,14 cm. Die besten Werte fanden sich für die Größe in den Landheimen, für das Gewicht in den Heimen für Herzkranke usw. und für den Brustumfang in den Heimen an Nord- und Ostsee.

Die Kurerfolge an Nord- und Ostsee sind gleich gut.

Eine stärkere Abhängigkeit der Gewichtszunahme von Jahreszeit und Witterung war nicht festzustellen. Der Unterschied in der Gewichtszunahme im Frühling — Zeit der kleinsten Zunahme — und im Herbst — Zeit der größten Zunahme — ist gering.

In den Tuberkulose-Heilstätten mit halbjähriger Kurzeit werden im Verhältnis zur Zeitdauer deutlich geringere Zunahmen an Größe und Gewicht erzielt als bei den Kuren von 6 und 8 Wochen Dauer. Die Erfolge von Sommer- und Winterkuren sind gleich.

Epidemisches Auftreten von Infektionskrankheiten ist in keinem Heim beobachtet worden.

Die Müttererholungsfürsorge entsandte im Jahre 1931 1241 Mütter.

Die überwiegende Mehrzahl der entsandten Mütter stammt aus sozial schlecht gestellten Bevölkerungskreisen.

über die Hälfte kommt aus Familien mit keinem oder geringem Einkommen.

Für die Mütter aus Familien mit vollem Einkommen ergibt sich, daß $^3/_4$ von ihnen einen Haushalt mit mehr als 3 Kindern zu versorgen haben.

93 Prozent der Mütter haben 4 und mehr Schwangerschaften durchgemacht. Bei etwa Zweidritteln lagen außerdem noch eine Erkrankung oder Rekonvaleszenz vor.

Während der Kurdauer von 28 Tagen sind Gewichtszunahmen bis zu 10 kg (in etwa 75 % bis zu 4 kg) erzielt worden. Die Landheime ohne besondere Heilfaktoren zeigen die besten Gewichtszunahmen.

Zieht man zur Beurteilung des Kurerfolges bei den Müttern das ärztliche Urteil am Ende der Kur heran, so zeigt sich, daß sowohl in den Landheimen als auch in den Seeheimen das Kurergebnis in 97 % bzw. 98 % der Fälle mit Gut oder Befriedigend zu bezeichnen war.

Literaturverzeichnis.

Behm, K., „Hygienische Gesichtspunkte bei der Durchführung der Erholungsfürsorge".

Friedr. Mann's Pädagog. Magazin, H. 1007: Ziel und Gestaltung der Erholungsfürsorge, S. 20 (1925).

Brüning, „Bäder und Kurorte in der Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter".

Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Bd. 6, 1931, S. 49.

Büsing „Ergebnisse systematischer Untersuchungen auf dem Gebiete der Erholungspflege und Erholungsfürsorge für Schulkinder".

Zeitschr. f. Schulgesundh. Pflege u. soz. Hygiene. 1929, Jahrgang 42, Nr. 15, S. 425.

Cörper, C., „Über die Methoden zu einer Beurteilung des Erfolges im Kindesalter".

Zeitschr. f. Schulges. Pfl. u. soz. Hygiene. 1928, Jahrg. 41, Nr. 4, S. 89 und Nr. 5 S. 118.

Cörper, C., „Über die Indikation für die Durchführung der Müttererholungsfürsorge". (Hauptvers. d. vereinigt. Hauptamtl. Fürsorgeärzte i. d. Reg.-Bez. Düsseldorf u. Köln am 28. 4. 1931 in Essen) Referat i. d. Zeitschr. für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge, 2. Jahrg. 1931, Heft 14, S. 395.

Gastpar, A., „Soziale Hygiene und Schulalter". Handbuch der sozialen Hygiene von Gottstein-Schloßmann-Teleky, 1927, Bd. 4, S. 258.

Isbert, H., „Notwendigkeit und Durchführung der Wetterbeobachtungen in Kindererholungsheimen".

Zeitschr. f. Gesundheitsverwaltg. u. Ges. Fürsorge, 1 Jahrg. 1930, Bd. 1, S. 281.

Jung, B., „Die Bedeutung der Kindergesundheitsfürsorge in der allgemeinen Wohlfahrtspflege".

Beiträge zur sozialen Fürsorge, Bd. 3: Die Kindergesundheitsfürsorge in der Provinz Westfalen. S. 7.

Langer, H., „Zur Beurteilung von Erholungserfolgen in der Verschickungsfürsorge".

Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Bd. 6, 1931, S. 104.

Linden, „Über Erfolge von Erholungskuren".

Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege u. soziale Hygiene. 1928, Jahrg. 41, Nr. 6, S. 145.

Müller, F., „Beobachtungen aus Kolberg über Wirkungen des Seeklimas und der Solbäder auf den Menschen".

Klin. Wochenschrift. 1927, Nr. 22.

Rott, „Grundsätze der Erholungsfürsorge".
Friedr. Mann's Päd. Magazin, Heft 1007: Ziel und Gestaltung der Erholungsfürsorge, S. 13.

Schlesinger, E., „Erfolge der Schulferien und der Erholungskuren der Kinder."
Gesundheitsfürsorge f. d. Kinderalter, Bd. 6, 1931, S. 245.

Stephan, W., „Kurerfolgskontrolle und Erfolgsstatistik".
Fr. Mann's Päd. Magazin, H. 1007: Ziel und Gestaltung der Erholungsfürsorge, S. 13.

Thaden, F., „Über die Dauer von Erholungskuren".
Fr. Mann's Päd. Magazin, H. 1007: Ziel und Gestaltung der Erholungsfürsorge, S. 70.

Weiland, R., „Zur Krise in der Erholungsfürsorge".
Zeitschr. f. Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge. Jahrg. 2, 1931, Heft 16, S. 428.

Wolters, A., „Jugenderholungspflege, -erholungsfürsorge u. -heilfürsorge". Lehrb. d. Gesundheitsfürsorge v. Prof. Dr. K. W. Jötten u. Prof. Dr. Dr. H. Weber, S. 124, Verl. R. Hobbing, Berlin 1932.

Wolters, A., Beiträge zur sozialen Fürsorge, Bd. 3: Die Kindergesundheitsfürsorge in der Provinz Westfalen. S. 14.

Wolters, A., „Planmäßige Müttererholungsfürsorge, ein Zeitproblem".
Westfälische Wohlfahrtspflege. 3. Jahrg. Nr. 3/4. S. 25.

Wolters, A., „Fragen einer systematischen Müttererholungsfürsorge".
Volkswohlfahrt, 11, 1930, S. 217.

Wolters, A., „Müttererholungsfürsorge".
Lehrbuch der Gesundheitsfürsorge von Prof. K. W. Jötten und Prof. Dr. Dr. H. Weber. S. 73. Verlag R. Hobbing, Berlin, 1932.

Lebenslauf.

Am 12. April 1910 wurde ich als Sohn des Sanitätsrats Dr. med. Jodokus Kortmann und seiner Ehefrau Maria geb. Koppers zu Münster (Westf.) geboren. Von Ostern 1919 an besuchte ich das hiesige Staatl. Paulinische Gymnasium. Nach Ablegung der Reifeprüfung im Februar 1928 widmete ich mich dem Studium der Medizin. Juli 1930 bestand ich die medizinische Vorprüfung. Dann studierte ich in Berlin, Wien und Münster, wo ich am 11. Dezember 1933 das medizinische Staatsexamen und am 7. Februar 1934 die mündliche Doktorprüfung bestand. Augenblicklich bin ich als Medizinalpraktikant an der inneren Abteilung des hiesigen Franziskushospitals tätig.

Karl Kortmann

Universitätsbuchdruckerei Johannes Bredt, Münster (Westf.) (25895) W